FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1893-1894 N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MORPHÉE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Novembre 1893

PAR

Elzéar-Marie-François ABEILLE DE LA COLLE

Né à Draguignan (Var), le 9 septembre 1869.

Examinateurs de la Thèse..	MM. LAYET	professeur,	*Président*	
	FERRÉ	professeur,	*Juges*	
	DUBREUILH	agrégé		
	CASSAET	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1893-1894 N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MORPHÉE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Novembre 1893

PAR

Elzéar-Marie-François ABEILLE DE LA COLLE

Né à Draguignan (Var), le 9 septembre 1869.

Examinateurs de la Thèse..	MM. A. LAYET	professeur,	*Président*	
	FERRÉ	professeur,		*Juges*
	DUBREUILH	agrégé		
	CASSAET	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ.....
MERGET..... } Professeurs honoraires
AZAM.....

	Messieurs
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	N.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHÉ.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PRINCETEAU. N.
Histoire naturelle	de NABIAS.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Cliniq. des Maladies syphilitiques et cutanées	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCÉ
Cl. des mal. des fem.	BOURSIER	Accouchements	RIVIÈRE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Chimie	DENIGÈS
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE		

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MA GRAND'MÈRE, A MON ONCLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MES CAMARADES DE LA MARINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUBREUILH

CHARGÉ DES AFFECTIONS CUTANÉES

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR LAYET

ANCIEN MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE

PROFESSEUR D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Dans le courant de notre dernière année d'études, en suivant les cliniques de notre maître M. le professeur Dubreuilh, nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas de morphée qui nous a vivement intéressé et sur lequel notre maître a tout particulièrement attiré notre attention. Pendant ces dernières vacances un autre cas de la même affection nous a été présenté par un de nos camarades, médecin de la marine; nous avons alors eu l'idée d'utiliser ces deux observations, d'en faire une étude approfondie et de nous en servir pour notre thèse inaugurale. A l'Ecole de médecine de Toulon nous avons trouvé la plupart des matériaux qui nous étaient nécessaires, et nous avons ainsi pu terminer le travail que nous présentons aujourd'hui à la bienveillance de nos juges.

Avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier publiquement M. le professeur agrégé Dubreuilh de l'intérêt qu'il nous a porté et de l'obligeance avec laquelle il nous a donné ses conseils et tous les documents dont il pouvait disposer.

M. le professeur Layet nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA MORPHÉE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avant de commencer l'étude historique de notre sujet, nous croyons utile de définir brièvement ce que, avec la plupart des auteurs, nous entendons aujourd'hui par le mot morphée.

La morphée doit être rangée dans le genre des dermatosclé roses localisées qui peuvent se présenter sous différents aspects : en plaques, en bandes, en stries, etc..., elle ne doit donc pas être confondue, comme l'ont fait plusieurs auteurs, avec les sclérodermies généralisées, sclérèmes des adultes, sclératosténoses, etc... D'ailleurs, sa localisation n'est pas le

seul caractère particulier qu'elle présente. Pour la différencier des sclérodermies généralisées, elle a, dans sa symptomatologie, des caractères spéciaux qui n'appartiennent qu'à elle et qu'on ne rencontre pas dans la sclérodermie en plaques : couleur lilas au pourtour, troubles de la sensibilité, distribution sur le trajet des nerfs. Presque tous les dermatologistes sont aujourd'hui d'accord pour considérer la morphée comme nous venons de le faire ; pour arriver à cet accord, il y a eu de nombreuses discussions que nous allons rapidement rappeler et qui bien souvent ont changé la signification du mot et ramené la confusion sur de nombreuses affections désignées sous ce même nom par les différents auteurs.

Le mot morphée est, selon toute probabilité, d'importation orientale, car son origine est évidemment grecque, il vient du mot Μορφη qui veut dire forme, aspect. Vers le onzième siècle de notre ère, avec la traduction des auteurs arabes, ce mot pénètre dans la littérature médicale de l'Occident. D'après Jourdan, on le trouverait pour la première fois dans la traduction d'Ali-Abbas faite par Etienne, au douzième siècle. La morphée était alors considérée comme une affection de la peau caractérisée par des taches plus ou moins colorées et à contours variables. On en considérait deux espèces principales : la morphée blanche et la morphée brune.

La morphée brune ou noire n'a rien à faire avec l'affection qui nous occupe ; il ne s'agit plus de sclérose, mais d'affections fort diverses et fort dissemblables : ecchymoses, eczéma, ecthyma, impetigo, etc...

Quant à la morphée blanche, elle était constituée par des taches cycloïdes ou arrondies, disséminées en forme de gouttes à la surface de la peau. Ces taches étaient blanches, jamais proéminentes, très nettes, ne s'accompagnant ni de prurit, ni d'aucun trouble fonctionnel d'aucune sorte, ne pré-

sentant, à leur niveau, aucune altération des poils. La lésion plus ancienne, mieux développée, devenait la leucé et occupait alors, non plus seulement la superficie des téguments, mais pénétrait jusque dans leur profondeur. L'anesthésie des tissus était de règle, les poils altérés devenaient minces, grêles et prenaient la teinte blanche de la peau. Des troubles circulatoires ou bien des troubles vasculaires accompagnaient le développement de la lésion ; par la piqûre on obtenait à peine une goutte de sang, quelquefois il ne s'en échappait qu'un peu de liquide sanieux. Ces différents signes se rapportent beaucoup plus à la lèpre qu'à la morphée telle que nous la comprenons aujourd'hui ; il est donc bien probable que les descriptions des auteurs du Moyen Age se rapportent aux manifestations cutanées de cette maladie alors si commune. Il est possible aussi que la lèpre ne soit pas la seule affection désignée sous le nom de morphée par les anciens auteurs, et que, sous le même titre, ils aient également confondu les scléroses localisées, le vitiligo, et peut-être encore d'autres affections cutanées.

A une époque plus rapprochée de nous, nous voyons les dermatologistes français et allemands appliquer également le nom de morphée aux diverses manifestations de la lèpre maculeuse et décrire autant de morphées différentes, que ces manifestations pouvaient elles-mêmes présenter de variété dans leur coloration. C'est ainsi qu'ils décrivirent une morphée rouge, une morphée noire, une morphée blanche, etc... Nous ne citons ces faits qu'à titre de mémoire ; pour nous, ils ont peu d'importance, puisque, nous l'avons déjà dit, la signification que nous donnons au mot est absolument différente. Notre morphée, qui est toujours une morphée blanche, évolue avec ses caractères spéciaux qui n'ont rien à faire avec la lèpre. C'est aux dermatologistes anglais et américains que

revient l'honneur d'avoir fait, de la morphée, une affection spéciale qu'ils ont rangée parmi les dermatosclérose. Erasmus Wilson, le premier (Lectures on dermatology), décrit sous le nom de morphœa alba une maladie se rapprochant des kéloïdes, caractérisée par une tache blanche dure et fibreuse avec anesthésie à son niveau seulement. L'insensibilité n'existant pas en dehors des taches à l'endroit des parties saines.

En 1854, déjà Addisson avait décrit une dermatose sous le nom de vraie kéloïde (drue keloïd), se rapportant presque exactement à la description de la morphée d'Erasmus Wilson. Il en avait donné les principaux caractères, parlant de la tache blanche et nacrée centrale, de la zone rosée qui l'entourait, et donnant à cette affection une origine probablement scrofuleuse. La kéloïde d'Addisson et la morphée nous semblent donc répondre à la même affection, tandis que ce que l'on entend par lèpre-morphée, répond à la description des anciens auteurs et n'est qu'une des nombreuses manifestations cutanées de la lèpre. Les descriptions d'Addisson et de Wilson ont été complétées par Tilbury Fox, et par Duhring qui les ont toutes deux confondues sous le nom commun de morphée.

En France, Bazin abandonne la dénomination de morphée pour celle d'Addisson; mais, pour éviter la confusion, il distingue deux espèces de kéloïdes : 1° une kéloïde vraie ou spontanée de cause interne, kéloïde blanche; 2° une kéloïde fausse ou cicatricielle, kéloïde rouge vasculaire et saillante. Il admet aussi que la kéloïde vraie n'est autre chose que l'affection décrite par Wilson sous le nom de morphée; il n'admet pas cependant leur origine sclérodermique.

Besnier a donné à la maladie le nom de « dermatosclérose en plaques » ou de « sclérodermie lardacée » ; pour lui, il n'y aurait de différences entre la morphée et la sclérodermie que

dans leur siège : la première généralisée, la seconde n'évoluant qu'en certains points isolés.

Vidal trace un tableau complet de la morphée ; il étudie sa symptomatologie, son évolution ; montre ses différents aspects à ses différentes périodes et évite ainsi la confusion en rapportant à la même maladie des observations ne différant entre elles que par l'âge des lésions : il montre ainsi que pendant une première période d'hypertrophie des plaques, la morphée revêt l'apparence de kéloïde; pendant une deuxième période de dépigmentation, elle se rapproche des lésions lépreuses; et pendant une troisième d'atrophie, elle a nettement le caractère sclérodermique. La même maladie peut donc se présenter, suivant la phase de son évolution, avec des caractères très variables, mais qu'elle est la seule à présenter d'une façon régulière et suivie.

L'étude clinique de la morphée a été faite presque entièrement par l'école anglaise et c'est encore à elle que nous devons les descriptions anatomo-pathologiques les plus complètes sur la question. Wilson, Hutchinson et Crocker ont étudié la marche des lésions; ils ont montré l'atrophie des papilles, le développement des cellules autour des glandes sébacées et des follicules pileux, l'oblitération des vaisseaux, l'atrophie des glandes sébacées et des follicules pileux; ils ont admis l'existence d'un travail inflammatoire chronique siégeant dans les parois vasculaires et probablement d'origine nerveuse. Verneuil, Lagrange ont, après eux, repris cette étude ; ils ont vérifié l'exactitude de leurs examens et montré que la morphée, toujours limitée aux téguments, ne dépassait pas le derme, et, comme la sclérodermie, ne pouvait jamais envahir les tissus sous-jacents : tissu cellulaire, muscles, os.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

De ce que la morphée rentre dans la classe des dermatosclé-roses localisées, on peut admettre l'extension du mot à la désignation de toutes les espèces de dermatosclé-roses en plaques alors même que celles-ci sont isolées et sont elles-mêmes distinctes de la sclérodermie généralisée. « Le terme » de morphée s'applique non à une espèce mais à une forme » ou à une variété : une forme de sclérose cutanée partielle » souvent solitaire, plus rarement multiple, à peu près cons-» tamment bénigne et se terminant longuement et lentement » par la guérison, sans maladie proprement dite, tous carac-» tères qui en matière médicale ont une importance de pre-» mier ordre. » (Besnier et Doyon.)

La morphée débute d'emblée ou plus rarement à l'occasion d'une action locale quelconque accidentelle : brûlure, plaie, écorchure ; elle se présente ordinairement sous la forme de taches dures, arrondies, peu étendues, de coloration le plus souvent rosée. Cette forme initiale est la plus fréquente, mais ne serait pas de rigueur. Certains auteurs ont publié des observations où la maladie avait débuté sous des aspects

absolument divers, tantôt par une papule, tantôt par une pustule, quelquefois par un tubercule ou par une cicatrice.

Selon Casenave, elle débute par une légère tuméfaction papuleuse de la peau qui s'étend, devient dure, consistante et donne lieu à la tache nacrée que l'on finit par observer.

Pour Firmin, deux débuts seraient possibles. L'un se ferait par plaques rouges tuméfiées et dures; l'autre, par petits boutons saillants, ressemblant à des tubercules rouges et enflammés. Il est probable que le début se fait régulièrement d'une façon insidieuse par une tache blanche que le malade découvre un beau jour par hasard.

La diversité du début que nous venons de voir s'explique probablement par ce fait que les auteurs ont bien souvent confondu la morphée ou kéloïde blanche avec la kéloïde rouge ou cicatricielle, et que, d'autre part, les lésions qu'ils ont observées : boutons, plaques ou tumeurs, et qu'ils rapportaient au début de la maladie, représentaient en réalité des phases différentes de l'évolution de la morphée. Une fois constituée, la morphée se présente sous forme de taches ordinairement uniques, parfois au nombre de deux ou trois et même plus, avec des dimensions variables avec le degré d'ancienneté et la tendance particulière à l'extension. Ces plaques ont une surface blanchâtre, nacrée et uniforme, rappelant la coloration d'une aponévrose ou le jaune clair d'une cire. L'aspect en est cicatriciel, à peine rayé de capillaires extrêmement fins, on dirait parfois des plaques de cartilage incrustées dans la peau. On a signalé à la surface une desquamation légère en lamelles fines, sèches et très adhérentes. Il est probable qu'elle n'est pas de règle car nous n'avons pu la remarquer. L'épiderme qui les recouvre en est lisse et brillant, parfois ridé et comme craquelé, rarement soulevé par de petites saillies rougeâtres, les poils qui

végètent sur les plaques sont grêles et atrophiés; nous avons remarqué leur diminution, nous ne pensons pas que jamais on ait signalé leur disparition complète. On distingue à la loupe les orifices anormaux des glandes qui viennent déverser au dehors les produits de leur sécrétion.

La consistance de la plaque est ferme, renittente, élastique; au doigt on perçoit une résistance profonde comme celle du fibro-cartilage; jamais de battements, jamais de dilatations ni de bruits vasculaires comme dans les tumeurs érectiles. Les bords en sont durs, inégaux, projetant parfois des prolongements simples ou bifurqués, qui ressemblent à des racines, au moyen desquelles la plaque viendrait s'implanter à la peau. C'est, en somme, ce que l'on observe dans les cas de kéloïde, mais avec des caractères beaucoup moins marqués.

Il est possible parfois de distinguer sur la plaque plusieurs zones de colorations différentes. De ces zones, la plus commune est la zone externe qui est violacée ou composée dans les cas typiques de la façon suivante :

1° D'une bordure lilas mauve pouvant mesurer jusqu'à plusieurs millimètres de largeur;

2° D'une zone violet foncé, ardoisé ou bistré, qui peut ne pas se limiter immédiatement vers la partie centrale indurée, mais qui se confond graduellement avec elle, de sorte qu'on voit de petits points blanchâtres lardacés, disséminés çà et là dans cette zone violacée. Il peut arriver, surtout alors que la plaque est ancienne et tend à la régression, que l'anneau périphérique décrit précédemment, devienne peu visible ou même disparaisse complètement. Cette teinte lilas va le plus souvent s'élargissant, alors que le centre de la plaque se décolore. On a une auréole colorée, plus ou moins irrégulière, qui entoure une plaque dure, blanche ou blanc jaunâtre, sans

bordure circonférencielle bien définie. Lorsque cette zone lilas est bien constituée, le centre achromique s'étale, s'épaissit, devient véritablement scléreux, les poils s'atrophient; d'après certains auteurs, ils pourraient même tomber; parfois les glandes s'oblitèrent, la plaque de morphée est alors nettement constituée.

La forme des plaques est généralement arrondie, mais les bords peuvent prendre les dispositions les plus variables. La limite est tracée entre les téguments normaux et la surface malade par la zone lilas dont nous avons parlé et qui dessine en quelque sorte les contours géographiques de la lésion. Il est souvent possible, pour peu que la plaque soit ancienne, d'observer à son centre une zone légèrement rosée ou présentant de légères dilatations variqueuses. Les taches peuvent être au même niveau que la peau saine; c'est le cas le plus fréquent et qui constitue la morphœa alba plana; ou bien elles sont légèrement saillantes, surtout au début, donnant lieu à la morphœa alba tuberosa. Plus rarement, surtout dans les cas de morphée ancienne, la peau est légèrement déprimée; c'est la morphœa alba atrophica.

Le doigt appliqué sur les plaques perçoit une sensation étrange : la peau est froide, on dirait qu'elle a été gelée à ce niveau. C'est une sensation analogue à celle que l'on perçoit sur une région congelée au chlorure de méthyle. Nous avons vu que sa consistance rappelle celle du fibro-cartilage; parfois cependant on sent une peau modifiée seulement dans son épaisseur et ayant un peu la consistance du cuir. Dans une autre variété on croirait toucher une plaque de lard épaisse et dure, d'où le nom de morphœa alba lardacea.

Les dimensions et le nombre des plaques sont très variables. Ordinairement une seule, mais parfois 2, 3, 4 et plus, soit sur une région unique, soit sur diverses parties du corps. Alibert

en a compté 7 sur le même malade. Biett, sur une jeune fille, en a observé 8 sur les régions cervicale et thoracique antérieures. Le docteur Cabot en a observé également 7 sur le même malade qui furent bientôt suivies de 6 ou 8 autres disséminées sur le visage et sur le bras droit. Chez un malade de Vidal, il y en avait jusqu'à 31. Dans ces cas de multiplicité des plaques la symétrie n'est pas de rigueur. Elles sont disposées irrégulièrement et sans aucun ordre sur les différentes parties des téguments.

Les dimensions en surface variant avec l'ancienneté de la lésion et avec la tendance particulière à l'extension, il est des cas où la plaque se limite de bonne heure ; il en est d'autres où il lui faut des années pour atteindre son développement complet. Leur grandeur varie du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de deux francs et parfois de la paume de la main. Il peut arriver que plusieurs plaques, d'abord distinctes, se rapprochent pour finir par se rejoindre et se confondre en une plaque à bord cyclique et festonné. D'après les observations que nous avons vues, il nous semble que les plaques sont d'autant plus petites qu'elles sont plus nombreuses, et inversement, plus elles sont rares, plus elles sont grandes. Toutefois elles ne paraissent pas susceptibles d'un accroissement indéfini et il n'y a pas d'exemple qu'elles aient envahi de vastes régions du corps, même après vingt et trente ans d'existence.

Les plaques de morphée ne semblent pas s'accompagner de troubles fonctionnels bien accentués. La présence d'un tissu scléreux, développé seulement dans la partie superficielle des téguments, amène rarement des modifications préjudiciables au mouvement des muscles et des articulations. Au niveau de la plaque, la région est blanchâtre, les mouvements continuent à s'exécuter normalement ; la forme même en est bien

rarement modifiée. Cependant, en certains points où une grande souplesse est nécessaire à la peau pour des mouvements fréquents et physiologiques, il faut noter des inconvénients assez sérieux. C'est ainsi que, dans une observation de Strealfield et Hutchinson, la malade avait beaucoup de difficulté à ouvrir l'œil et la bouche par suite de la présence d'une plaque de morphée s'étendant sur la joue, et allant de la commissure des lèvres à l'angle externe de l'œil du même côté. La bouche s'ouvrait obliquement parce que la peau du côté affecté empêchait les mouvements de ce côté de la mâchoire. Ce cas ne nous semble pas typique. Nous avons étudié l'observation dans l'original; les auteurs anglais ont observé sur le maxillaire supérieur des exostoses de sorte que, à notre avis, ce qu'ils ont rattaché à un cas de morphée, nous semble devoir être rattaché à une autre sclérodermatose, peut-être même à une néoplasie toute différente. Nous avons trouvé aussi une observation de Tilbury Fox, déjà étudiée avant nous par le docteur Pautry dans sa thèse de doctorat, dans laquelle une morphée presque généralisée déterminait par sa présence sur la poitrine, une gêne considérable des mouvements respiratoires. Par sa généralisation, ce cas de Tilbury Fox nous avait inspiré bien des doutes sur la nature vraie de l'affection. Les plaques, en effet, s'étendaient de chaque côté du cou, remontant par la joue jusqu'au lobe de l'oreille. Sur chaque sein existaient deux taches analogues, sur l'épaule droite et au niveau du pli du coude mêmes lésions. Le dos de la main même n'en était pas exempt; les deux fesses étaient atteintes, les deux cuisses, les jambes, l'un et l'autre cou-de-pied présentaient des plaques analogues. Mais ces plaques avaient dans toutes les régions les caractères classiques de la morphée. Elles étaient nacrées, avec peu de poils, peu de glandes sudoripares et des bords nets, violacés,

parfois d'une couleur pourpre. Le centre était rouge, elles étaient fermes, en certains points ulcérées et insensibles à un léger attouchement, quoique impressionnées par une pression plus forte. Le malade éprouvait dans la poitrine une sensation de gêne très nette pendant les inspirations profondes, et respirait plus difficilement qu'avant l'apparition de ces plaques. Au bras l'extension était impossible à cause d'un tissu scléreux du pli du coude, et les genoux fléchis à angle droit, ne possédaient que des mouvements très limités.

Dans un cas de Crocker, une plaque de morphée déterminait au niveau d'un bras une gêne assez notable des mouvements de flexion ou d'extension. Dans un autre cas de Gibney, la tension de la peau avait déterminé un véritable pied bot valgus avec un léger degré d'équinisme; mais nous le répétons, ces cas sont heureusement rares, et chez les deux malades que nous avons observés, jamais nous n'avons noté le moindre trouble fonctionnel.

En parlant du début de la lésion, nous avons dit que les malades ne s'en apercevaient qu'un jour par hasard, sans que rien n'ait pu, auparavant, leur en faire soupçonner l'existence. Ce caractère d'indolence persiste en général pendant toute la durée de l'évolution de la plaque. Tilbury Fox a, cependant, signalé dans des cas rares, il est vrai, et chez des sujets essentiellement arthritiques, des démangeaisons assez vives, parfois de véritables douleurs névralgiques au niveau de la région malade. Quoi qu'il en soit, ces démangeaisons, lorsqu'elles existent, ne persistent pas et après un certain temps finissent par disparaître à peu près entièrement. On a beaucoup discuté sur la sensibilité des plaques et sur l'anesthésie relative qu'elles présenteraient. Cette anesthésie est vraie en général; une piqûre d'épingle sera ressentie moins vivement au niveau d'une partie saine voisine; mais la

différence est généralement peu vive, et nous pouvons, dans la morphée, considérer la sensibilité comme conservée tout en étant légèrement amoindrie.

Il nous a semblé intéressant d'étudier les variations de température au niveau des placards scléreux que nous avons examinés ; nous avons noté dans l'une de nos observations, une diminution assez sensible de la température (Obs. nº 1). Cette plaque était cependant peu ancienne et son début ne remontait guère au delà de un an. Nous pensons donc que la période de congestion initiale de la plaque, qui, rationnellement, devait correspondre à une élévation de température, est de courte durée, et que rapidement elle est suivie de la période d'atrophie que nous avons observée. Dans notre seconde observation, nous aurions désiré nous rendre compte de la même façon de la différence de température. Mais le malade que nous avons observé à la consultation de notre maître, M. Dubreuilh, nous a échappé et nous n'avons pu répéter sur lui l'expérience que nous avions faite.

Certains auteurs, qui ont mentionné avec raison l'apparition de capillaires au centre des plaques, ont supposé que la température devait être plus grande à ce niveau qu'à la périphérie. Dans notre cas, nous avons pris la température en plusieurs points de la plaque et à plusieurs reprises. En tous les points jusqu'à la bordure violacée, nous avons remarqué la même diminution de température. Morraw est le seul auteur qui, avant nous, ait songé à employer le thermomètre pour déterminerlles variations de tempérautre au niveau des tissus scléreux. Il est arrivé à un chiffre un peu plus élevé que le nôtre, et a noté une diminution de huit dixièmes sur les parties saines du voisinage.

Dans la plupart des observations que nous avons parcourues, nous avons trouvé la même diminution des sécrétions

sudoripare et sébacée. Etant donné ce que l'on sait de l'anatomie pathologique et du processus scléreux des lésions, l'atrophie des glandes sudoripares et sébacées doit être de règle à une période un peu avancée de la maladie. Il est probable que les altérations des poils reconnaissent la même origine et que leur disparition est possible à une dernière période de la maladie. Nous avons essayé expérimentalement de nous rendre compte de l'état des glandes sudoripares en faisant, dans le voisinage de la plaque, une injection de pilocarpine. L'apparition de la sueur s'est faite, au niveau de la plaque, avec un retard de une à deux minutes sur les parties saines. Elle était aussi en quantité beaucoup moindre, la plaque étant à peine recouverte d'une légère moiteur, alors que dans le voisinage, il nous était possible de recueillir la sueur avec du papier buvard.

Quant au siège des plaques de morphée, elle peuvent se présenter indifféremment sur toutes les parties du corps, ayant cependant certaines régions de prédilection : le cou, la face, la poitrine, puis les membres, le dos, l'abdomen. Il ne semble pas que leur distribution se fasse d'une façon régulière, comme certains auteurs ont cru pouvoir l'observer sur le trajet des filets nerveux. Il est cependant incontestable que parfois les plaques siègent au niveau des nerfs. Dans l'un de nos cas, la plaque de morphée semblait répondre à l'un des filets du facial ; dans l'autre, à l'un des nerfs intercostaux. Wilson, dans vingt-quatre observations qu'il a rapportées dans son mémoire, ne mentionne qu'une fois ce siège sur le trajet d'un nerf ; la morphée répondait alors à la région innervée par le nerf sus-orbitaire. Duchwortz a remarqué un fait analogue. Crocker, Tilbury Fox ont, comme nous, observé des plaques de morphée des nerfs intercostaux. Forster a fait la même observation sur le trajet du saphène externe ; Gibney

sur celui du sciatique. Ces cas viennent évidemment à l'appui de l'origine nerveuse de la morphée, mais ils ne sont ni assez nombreux, ni assez précis pour qu'il nous soit possible de formuler une opinion catégorique et d'assurer le siège ordinaire de la morphée sur le trajet d'un filet nerveux.

Quant à l'état général des individus atteints de morphée, nous n'en dirons que quelques mots. La morphée est une affection essentiellement locale qui ne retentit pas sur l'état général des malades. Dans certains cas, elle survient chez des individus à constitution faible et délicate, parfois chez des malades déjà anémiés par une maladie antérieure grave, chez des femmes qui ont eu plusieurs grossesses, qui ont allaité plusieurs enfants ; mais alors l'état de faiblesse dans lequel elles se trouvent doit être rapporté aux affections plus ou moins graves antérieures qu'elles ont présentées et non à la morphée qui, nous le répétons, est une affection essentiellement locale.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION

La morphée est une affection chronique, nous avons vu de quelle façon elle débutait, par de petites taches rosées, arrondies ou ovalaires, généralement isolées, qui blanchissent au centre et prennent une coloration nacrée tandis qu'elles s'entourent du liséré rose, le « lilac ring » de Tilbury Fox. Rarement la plaque reste stationnaire, elle met plusieurs années à accomplir son évolution, et l'on a cité des cas où le début de plaques de morphée toujours croissantes remontait jusqu'à quinze années. Il est peu probable que la morphée disparaisse en totalité, il est rare aussi qu'elle s'ulcère, le plus souvent elle se vascularise, perd peu à peu sa consistance, se ride à sa surface, l'épiderme se flétrit, devient le siège d'une desquamation assez abondante; puis le derme s'amincit, s'atrophie, devient de plus en plus souple sous le doigt qui le palpe, les vaisseaux suivent le même processus atrophique, ils disparaissent en totalité ou en grande partie.

Certains auteurs disent avoir pu observer à ce moment la disparition à peu près totale de la plaque, à peine auraient-ils

pu retrouver trace de son passage. Le plus souvent la morphée laisse à sa place une véritable cicatrice un peu déprimée, glabre et sèche, sans sécrétion sudorale ou sébacée, peu sensible à l'action des agents extérieurs et colorée en fauve ou en violet. Cette plaque d'ailleurs se rapproche tellement de la véritable morphée par ses différents caractères, que la distinction est fort difficile pour ne pas dire impossible. L'évolution de la morphée pourrait aussi dans certains cas être liée à des modifications pathologiques qui se produisent simultanément chez un malade. C'est ainsi que Wilson a noté l'apparition de morphée pendant la grossesse d'une de ses malades et sa disparition après l'accouchement. Il a noté aussi la guérison spontanée après la dernière grossesse, chez une malade qui avait eu plusieurs enfants. Dans un autre cas l'affection s'aggravait pendant les attaques de nerfs que présentait une malade, elle s'améliorait ensuite.

Deux modes de guérison des plaques sont possibles, ou bien la sclérose disparaît comme nous l'avons dit, la peau reprend sa souplesse et ses caractères normaux, la morphée guérit alors spontanément sans laisser de cicatrices et le seul vestige de la lésion est une pigmentation brunâtre qui peut elle-même manquer, mais cette terminaison heureuse n'est que l'exception. Bien plus souvent les plaques subissent une dégénérescence atrophique, la peau s'amincit, se ride, s'excorie, se recouvre de croûtes, et ne présente bientôt plus qu'une cicatrice pigmentée plus ou moins grande s'accompagnant souvent de rétraction, susceptible d'occasionner des difformités ou de la gêne des mouvements. Arrivée à cette période atrophique de son évolution la plaque ne peut plus rétrocéder, la peau ne peut plus redevenir normale.

Vidal a divisé l'évolution de la maladie en quatre périodes

généralement assez nettes et que tous les auteurs s'accordent à admettre :

1° Période de début caractérisée par la congestion du derme et son infiltration par des produits qui donnent à la plaque sa consistance ferme et son aspect lardacé. La peau est alors le siège d'un véritable œdème dur, dans lequel, au lieu de la mollesse que détermine la présence de sérosité, on observerait une résistance des téguments telle que la pression du doigt ne saurait y laisser aucune empreinte. Ce mot œdème qui a été employé par Hardy et par Vidal ne nous semble pas répondre exactement au véritable état de la plaque. On a plutôt affaire à une sclérose des tissus. Les téguments sont tellement tendus qu'il est impossible de les saisir avec les doigts et la pression exercée sur les parties malades donne la sensation d'un corps dur, beaucoup plus que celle du tissu œdématié. Cette période qui est caractérisée par la congestion du derme s'accompagne d'une coloration rosée de la plaque. On a signalé dans cette période des troubles nerveux représentés soit par des sensations d'engourdissement, soit par des fourmillements; ces troubles sont exceptionnels, nous ne les avons pas observés et nous ne les citons ici que pour mémoire.

La deuxième période, qui est la période d'état, est caractérisée par le passage de la couleur rouge à la couleur blanche, la plaque conservant toujours sa consistance ou plutôt devenant de plus en plus dure. C'est dans cette période que la maladie revêt l'aspect caractéristique sous lequel elle se présente ordinairement. Le « lilac ring » fait son apparition, la portion centrale est nacrée et cartilagineuse. On observe alors plus souvent que dans la première période des troubles de la sensibilité consistant en picotements et fourmillements au niveau des parties malades et auxquels succède plus tard un degré d'anesthésie plus ou moins prononcé.

La troisième période, qui est la période de terminaison, peut revêtir deux formes différentes, ou bien la plaque se vascularise, des capillaires apparaissent à sa surface, le tissu de sclérose entre en régression, la plaque devient mince et s'assouplit peu à peu, la peau revient progressivement à son état normal tout en conservant cependant encore longtemps une coloration blanchâtre spéciale et un certain degré d'épaississement ou bien la coloration de la plaque est blanche et cicatricielle, les vaisseaux disparaissent et la consistance diminue comme dans le premier cas; mais la peau s'atrophie, elle s'amincit, se ride, se déprime et se rétracte, c'est une guérison relative sans que jamais la peau puisse jamais reprendre son aspect normal.

Une des meilleures descriptions qui ait été donnée de l'évolution des morphées est certainement celle d'Erasmus Wilson, et pour terminer ce chapitre, nous ne saurions mieux faire que de la rapporter : « Le début se fait par une tache » érythémateuse pas plus grande qu'une morsure de puce, » mais qui en quelques jours augmente et finit par atteindre » les dimensions d'une pièce de cinq francs ou de la paume » de la main. La rougeur de la plaque n'est pas simplement » érythémateuse, elle est assez claire, se rapprochant du » lilas peu foncé. Elle continue pendant quelques jours, puis » disparaît pour être remplacée par la coloration blanche et » nacrée qui va devenir une des caractéristiques de la maladie. » La décoloration commence au centre de la plaque, la rougeur qui n'a pas encore disparu à la périphérie, forme » autour d'elle une sorte d'auréole qui se rétrécit peu à peu » et finit même par disparaître complètement. Le développement de la plaque s'accompagne parfois d'une sensation de » fourmillement, comme si on comprimait un nerf, parfois » cette sensation est assez vive pour impatienter le malade, » d'autres fois elle est à peine appréciable. »

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Nous pouvons appliquer à l'étiologie de la morphée ce que le professeur Laségue disait avec raison du sclérème des adultes: « L'étiologie n'est pas encore solidement assise. » De nombreux travaux cependant ont été publiés sur ce sujet, les auteurs qui se sont occupés de la question ont établi bien des statistiques sur l'âge, le sexe, etc., des malades atteints de morphée, mais malheureusement ils n'ont pas toujours songé à rechercher les antécédents pathologiques de leurs malades, de sorte qu'il est encore difficile de donner à l'apparition de la morphée une cause nette et bien déterminée.

La morphée est une affection relativement rare; dans sa longue pratique des affections cutanées, notre maître, M. Dubreuilh, n'en a observé qu'un très petit nombre de cas. La statistique fournie en 1883 par la Société de Dermatologie américaine n'en donne qu'un cas sur 16,863 maladies de la peau. Samuel Purdon, qui a établi la statistique des affections traitées à l'hôpital de Belfast, donne une proportion plus élevée : 1 cas de morphée pour 950 autres affections ; c'est à peu près la proportion donnée par Wilson; le chiffre de

Vidal s'écarte sensiblement des précédents : sur 50,000 malades il n'en aurait rencontré que 5 cas.

D'après les nombreuses observations que nous avons parcourues, il semble que le sexe féminin présente une disposition plus grande à cette maladie. Dans les 40 observations réunies par Pautry dans sa thèse, il y a 30 sujets du sexe féminin, 10 du sexe masculin, soit donc une majorité de 75 % en faveur du sexe féminin. Les deux cas que nous avons observés appartenaient tous deux à des adultes masculins : nous ne voulons évidemment pas en tirer de conclusions et nous nous appuierons sur les lectures que nous avons faites pour admettre avec les auteurs une prédisposition plus grande chez la femme. Peut-être pourrait-on admettre pour expliquer ce fait un système nerveux plus impressionnable.

La maladie se montre principalement chez les adultes; c'est de 15 à 30 ans qu'elle présente son maximum. Avant 6 ans et après 50 ans elle est exceptionnelle.

Les antécédents pathologiques semblent jouer un rôle important dans la plupart des observations; les troubles de la menstruation sont extrêmement fréquents au début de la maladie; on a même cité des cas où la disparition de la plaque de morphée aurait coïncidé avec le rétablissemeni régulier des règles. Chez d'autres malades, la grossesse paraît avoir aussi des relations étroites avec le début de la morphée. Ce fait a été signalé pour la première fois par Wilson. De nombreuses observations sont venues depuis le contrôler. La morphée peut se montrer chez une femme enceinte pour disparaître après l'accouchement; dans d'autres cas, c'est pendant la lactation qu'elle fait son apparition.

On a dit que, de même que la sclérodermie, la morphée pouvait succéder à certaines affections de la peau, à un érysipèle, à un eczéma, à diverses éruptions. Ces maladies ont

bien peu de rapports avec la morphée. Les observations que nous avons trouvées à l'appui de cette opinion ne sont probantes dans aucun cas. L'apparition successive d'un érysipèle et d'une plaque de morphée nous semble une simple coïncidence due au hasard. Nous serions bien plutôt disposé à admettre l'action de l'arthritisme.

On a parlé aussi de l'influence du rhumatisme qui ne nous paraît pas démontrée davantage, et que nous citons sans y attacher d'importance. Les affections débilitantes semblent prédisposer d'une manière plus évidente à l'apparition de la morphée, et bien souvent cette affection a été observée chez des individus en état de cachexie. On a parlé de l'influence du froid : un courant d'air frais, un refroidissement, une nuit sur l'herbe humide, ont pu, dans certains cas, devenir le point de départ d'une plaque de morphée.

Les affections locales, surtout quand elles se joignent à la prédisposition arthritique dont nous parlions tout à l'heure, semblent jouer un rôle assez évident sur l'apparition de l'affection. Pautry rapporte l'observation d'une jeune fille qui présenta une plaque de morphée sur la joue, à la suite d'une piqûre de cousin. Dans un autre cas, l'inflammation d'un œil avait été le point de départ d'une plaque sur la moitié correspondante de la face et du front. Il rapporte aussi le cas d'une cicatrice de vaccin devenue le siège d'une plaque de morphée. Dans l'une de nos observations, le sujet était manifestement névropathe. Mais chez le malade de M. Dubreuilh, nous n'avons noté aucun antécédent nerveux, ni héréditaire, ni personnel. D'après tous les cas que nous avons pu examiner, ce sont cependant les troubles nerveux que nous avons le plus fréquemment notés, et ce sont eux qui, à notre avis, prédisposent le plus à l'apparition des plaques de morphée.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un certain nombre d'autopsies ont permis, surtout à l'école anglaise de faire des examens anatomo-pathologiques de plaques de morphée et d'indiquer d'une manière générale les lésions de la peau, déterminées par l'apparition du tissu scléreux. Pour nous qui n'avons jamais eu l'occasion d'examiner un lambeau de peau pris sur le vivant, ou de faire l'autopsie d'un malade atteint de morphée, nous sommes obligé de nous borner à relater les observations qui ont été faites par les différents histologistes. Voici le résultat des examens faits par Crocker. Dans la première période de la maladie, le chorion et le tissu sous-cutané ont l'aspect d'une substance blanche homogène et lisse. Les couches profondes de l'épiderme sont généralement saines, mais dans le derme, on remarque une atrophie des papilles avec thrombose dans les vaisseaux. De nombreuses cellules de nouvelle formation entourent les glandes sébacées et les follicules pileux. Autour des glandes sudoripares, on ne trouverait pas ces cellules. Les vaisseaux profonds ne sont pas atteints et leur paroi ne présente pas de trace de dégénérescence. Les nerfs,

peu visibles, semblent parfois comme recouverts par du tissu connectif augmenté de volume. La graisse est un peu moins abondante qu'à l'état normal. A une période plus avancée, le derme est plus largement envahi; il se développe dans tous les points du tégument un véritable tissù fibreux qui oblitère les vaisseaux et les canaux sudoripares et produit l'atrophie des glandes sébacées.

Wilson pense qu'il s'agit d'une infiltration des téguments par une substance blanche et demi-opaque, ressemblant au saindoux et donnant à la peau sa couleur blanche et nacrée si caractéristique. L'absence du plexus capillaire superficiel est encore une autre cause de la maladie. Les plaques ressemblent à une peau morte, et cela d'autant mieux, que dans certains cas elles perdent leur sensibilité, ce qui semblerait démontrer que les nerfs sont détruits en même temps que les vaisseaux sanguins sont oblitérés. L'examen histologique des nerfs n'a jamais été fait; étant donné ce que l'on sait des rapports des lésions avec les troncs nerveux, il serait cependant intéressant de pratiquer cette étude. Peut-être découvrirait-on des altérations analogues à celles du vitiligo ou de la lèpre.

En résumé, les lésions paraissent donc dues à l'action d'un travail inflammatoire chronique siégeant peut-être dans les parois vasculaires, probablement d'origine nerveuse et produisant, autour des vaisseaux sanguins, des lymphatiques, des glandes sébacées, des follicules pileux et des glandes sudoripares, une prolifération cellulaire qui finit par les comprimer et qui est la cause des atrophies et des thromboses qui ont été notées. Ce processus morbide se rapproche beaucoup de celui de la kéloïde. Dans les deux cas, il y a formation de tissu fibreux; mais, dans la morphée, celui-ci présente une densité moindre. La gêne de la circulation consécutive à

la compression des vaisseaux explique la pâleur caractéristique des plaques. Le derme peut être atteint ; il peut présenter aussi des faisceaux fibreux plus ou moins serrés ; les papilles peuvent disparaître et être remplacées par du tissu conjonctif ; on n'observe pas l'infiltration de pigment qui est si fréquente dans la sclérodermie.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE

Beaucoup de théories ont été émises pour résoudre le difficile problème de la nature de la morphée. En l'absence de données précises, d'examens anatomo-pathologiques complets, on a émis différentes hypothèses que nous rapporterons en nous étendant plus spécialement sur la théorie nerveuse qui nous paraît la plus vraisemblable.

Quelques-uns, aujourd'hui bien rares, il est vrai, font de la morphée, une dermatose rhumatismale développée chez des sujets arthritiques sous l'influence du froid et de l'humidité. Besnier, Verneuil ont soutenu cette doctrine ; ils ont démontré les relations fréquentes des sclérodermatoses avec le rhumatisme, mais il est des cas où la diathèse rhumatismale ne se trouve point chez les malades, et où l'affection se développe indifféremment, sans qu'il soit possible de lui assigner une cause.

Bazin considérait l'affection comme une manifestation de la diathèse fibro-plastique.

Horteloup expliquait bien les sclérodermatoses par le resserrement des éléments contractiles du derme et des

vaisseaux, mais il ne donnait pas du tout la raison de ce processus.

Pour Hébert et Rassmussen, l'affection serait le résultat d'une stase de la lymphe dans les tissus malades. Cette hypothèse, qui n'a été vérifiée par aucun examen histologique, ne saurait expliquer l'énorme accroissement du tissu conjonctif. Toutes ces théories, nous le voyons, n'ont aucun fondement sérieux, et, en l'absence d'autopsies, nous mettons, avec la plupart des auteurs, la morphée sous l'influence du système nerveux.

Cette théorie doit sa naissance aux recherches de Brown-Séquard qui a prouvé que l'irritation du système nerveux périphérique ou central produit des troubles de nutrition d'une grande intensité dans les régions correspondantes; non seulement alors on note des troubles trophiques, mais on observe aussi de véritables douleurs névralgiques, des éruptions pemphygoïdes, du zona, phénomènes qui, tous, peuvent relever de désordres du système nerveux. D'ailleurs, cette action du système nerveux n'est point faite pour nous étonner, étant donné ce que nous avons déjà dit de la distribution assez fréquente de plaques sur le trajet des nerfs. Il est plus difficile de dire comment agit le système nerveux dans la production de la morphée. Les arguments mis en avant n'ont été confirmés par aucun fait anatomique, et si, dans quelques affections cutanées, on a constaté des altérations soit des nerfs périphériques, soit de l'axe cérébro-spinal, on n'a, jusqu'à présent, dans l'affection qui nous occupe, rencontré aucune lésion de la moelle ou des principaux nerfs se rendant aux parties altérées.

Hutchinson pense que les lésions localisées dans les nerfs ressemblent à celles du zona, mais avec cette différence, que le zona est probablement dû à une lésion des nerfs sensitifs

et de leur terminaison périphérique, tandis que la morphée résulterait des lésions des vaso-moteurs. Il pense que les altérations vasculaires jouent un grand rôle dans la production de la morphée.

Pour Vidal, Wilson, Fox et Mackensie, les lésions seraient le résultat d'une paralysie des vaso-moteurs avec dépôt plastique dans les zones terminales des filets nerveux. La coloration bleuâtre que l'on observe au début de l'évolution des plaques serait due à un dépôt de pigment se rapportant aux troubles trophiques dans les zones vasculaires. La congestion que l'on peut observer au centre est due à une sorte de paralysie vaso-motrice, mais les capillaires étant comprimés par les éléments infiltrés de la plaque, cette coloration bleuâtre disparaîtrait au centre pour ne plus persister qu'à la périphérie, sous forme de l'anneau lilas. Quant au centre, il peut encore rester coloré, mais sa coloration bleuâtre est due elle-même au pigment et non plus aux capillaires paralysés. Plus tard, tous ces éléments subissent le même sort; leur nutrition devient impossible, ils sont le siège d'une véritable nécrobiose, ils subissent la dégénérescence graisseuse, puis fibreuse, d'où les divers aspects de la plaque qui correspondent aux phases de Vidal : plaque colorée, nacrée ensuite, rétractée, et enfin déprimée.

Certains auteurs se sont demandés si les sclérodermatoses ne pourraient pas, comme la gangrène symétrique des extrémités, être attribuées à une altération des vaisseaux. D'après Vulpian en effet, sous la seule influence du froid, les artérioles peuvent se resserrer, amener l'apparition de vésicules et cela sans aucune intervention de la moelle. Les excitations peuvent se transmettre jusqu'aux ganglions du sympathique et ce serait par cette action réflexe que la contracture des petits vaisseaux pourrait se faire. Cette action du système

vaso-moteur pourrait suffire pour expliquer les phénomènes qu'on observe dans l'asphyxie locale des extrémités, mais pour expliquer l'évolution de la morphée il faudrait admettre une autre action trophon-évrotique, faire intervenir le nerf trophique pour expliquer les altérations qui condùisent au processus scléreux, aux infiltrations de la peau, etc.

On voit combien cette question laisse encore d'inconnu et c'est plutôt par induction que par preuve directe qu'on peut arriver à admettre, au point de vue pathogénique, l'origine nerveuse de cette affection. La réponse au problème doit être réservée jusqu'au jour où l'on aura découvert la lésion constante qui préside au développement de la maladie et qui nous rendra aussi évidente la pathogénie de la morphée que celle du vitiligo ou d'autres dermatoses analogues.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Le pronostic de la morphée doit être considéré comme favorable en ce sens que dans aucun cas elle n'a été suivie de mort. Cependant il doit être très réservé au point de vue de la disparition définitive de la lésion. La marche de l'affection est, nous l'avons vu, essentiellement chronique. Le processus scléreux poursuit progressivement son cours, la régression avec disparition complète de la plaque est toujours l'exception. Cependant Duhring, Wilson et Tilbury Fox ont cité des cas où cette disparition se serait faite d'une façon complète. Au point de vue de l'état général des malades, ce fait d'ailleurs est de peu d'importance, la plaque de morphée ne retentit jamais sur l'état général des sujets, tout au plus la présence d'un tissu fibreux peut-elle dans quelques cas rares amener des troubles fonctionnels, par exemple de la gène dans certains mouvements comme ceux des commissures labiales et des angles des paupières. La régression, quand elle se produit, ne se fait qu'après un temps fort long, après dix, quinze et vingt ans d'évolution de la plaque, et alors les tissus peuvent revenir avec leur intégrité presque complète à leur

état normal, ou bien les téguments s'atrophient, la peau se rétracte, elle se ratatine, devient ridée et présente à son niveau un véritable tissu de cicatrice.

Le pronostic est plus favorable lorsque la morphée se développe sous l'influence d'un état morbide particulier et passager. C'est ainsi que les femmes enceintes ont vu après leur grossesse disparaître une plaque qui était apparue avec elle. Ou bien après un allaitement qui les avait mises en état de moindre résistance et les avait prédisposées en quelque sorte à l'apparition de tissu fibreux de nouvelle formation.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est en général facile quand la plaque se montre avec les caractères précis que nous avons donnés. L'aspect nacré de son centre avec liséré lilas périphérique est caractéristique, de sorte que pour un médecin qui connaît l'affection et qui surtout en a déjà vu quelques exemples, l'embarras ne saurait être de longue durée.

Le diagnostic avec la kéloïde est facile, et c'est surtout à cause de la confusion des termes faite autrefois (kéloïde d'Addisson) que nous mentionnerons la possibilité d'une erreur. Mais la kéloïde présente une consistance fibroïde dure, avec saillie très apparente et qui ne permet pas la confusion avec les plaques lardacées de la morphée. En certains cas cependant la kéloïde peut revêtir l'aspect d'une véritable morphée, kéloïde cicatricielle qui se distingue par la couleur et les antécédents. Dans ces cas, heureusement rares, le diagnostic est assez difficile. Hébra conseille alors de faire l'examen histologique de la peau malade. Nous ne conseillerons pas un procédé aussi barbare. Il vaut mieux

n'être pas trop pressé et attendre que l'évolution ultérieure de la maladie vienne donner ces indications.

La confusion avec la lèpre est possible, et avant les travaux des auteurs anglais, de nombreux cas de morphée et de lèpre ont été confondus. Le début des deux maladies présente en effet de nombreux cas de ressemblance. Il est probable d'ailleurs qu'ils relèvent de la même cause c'est-à-dire de troubles de l'innervation. Ces taches blanches avec cercle brun de la lèpre anesthésique ressemblent beaucoup à la morphée et bien souvent aussi on peut observer la même infiltration de la peau qui, au premier abord, passerait pour de la morphée. Mais si au début la peau est épaisse, brillante, indurée, on voit apparaître plus tard des tubercules qui s'ulcèrent et mettent à nu des os qui se nécrosent, ce que l'on n'observe jamais dans les plaques de morphée. De plus, les poussées douloureuses que l'on remarque dans la période de début de la lèpre cèdent plus tard la place à des plaques anesthésiques qui sont excessivement rares dans la morphée. Si l'on ajoute à cela les conditions spéciales d'hérédité, de milieu, de climat qui accompagnent le développement de la lèpre on verra que la distinction est généralement facile.

Avec la cachexie pachydermique la confusion n'est guère possible non plus; tout au plus le diagnostic pourrait-il en être discuté avec la sclérodermie œdémateuse, mais cette dernière affection sort de notre domaine et nous citons cette possibilité d'erreur simplement pour mémoire sans y ajouter davantage d'importance.

Avec l'éléphantiasis l'erreur est aussi difficile, la localisation aux membres inférieurs ou aux organes génitaux avec hypertrophie des téguments, aspect ridé et lardacé de leur surface ne rappellent en rien la plaque de morphée.

Nous ne parlerons pas non plus des vergettures nacrées

que l'on observe à la suite de grossesse ou d'ascite ou bien chez des sujets très gras qui ont maigri à la suite d'une affection grave, une typhoïde par exemple, la peau est alors blanche nacrée en de nombreux points qui se présentent sous forme d'îlots ou plus exactement de virgules isolées, souples, non épaissies et qui ne rappellent en rien l'induration et la consistance des plaques de morphée.

C'est avec la sclérodermie que le diagnostic est le plus délicat. Certains dermatologistes confondent même la sclérodermie en plaques avec la morphée. Dans la sclérodermie en plaques il existe de larges taches qui font adhérer la peau sur les tissus sous-jacents. Les plaques sont diffuses, elles s'étendent plus rapidement, elles sont entourées par un cercle violacé d'asphyxie locale qui peut prendre une teinte fausse mais qui s'éteint graduellement et peut faire défaut. Ces plaques peuvent d'ailleurs, soit par le traitement, soit spontanément, disparaître sans laisser de traces, s'affaisser et aboutir à la résolution complète, les glandes n'étant pas altérées, les poils ne présentant aucune tendance à l'asphyxie.

Duhring a donné les caractères qui pouvaient permettre la distinction entre les deux maladies : « La morphée est entourée et circonscrite par un liséré lilas qui la délimite » nettement et se confond insensiblement avec les parties » saines. Dans la sclérodermie il y a toujours un certain » degré de rudesse, de dureté, de rigidité. Les plaques de » morphée sont molles ou fermes, elles ne sont pas ligneuses » comme dans le premier cas. Le début est différent dans un » cas, la peau ne présente pas d'altération apparente dans sa » structure, on dirait une peau normale, raide et gelée ; dans » la morphée, au contraire, la plaque présente au début un » certain degré de congestion qui lui donne un aspect rouge

» remplacé plus tard, il est vrai, par la coloration nacrée » caractéristique. La morphée forme des plaques moins » étendues que celles de la sclérodermie : elle a, avec les » filets nerveux, des rapports de siège assez constants, elle » s'accompagne parfois de phénomènes subjectifs, picotte- » ments, douleurs, lancements que l'on ne retrouve pas dans » l'évolution essentiellement insidieuse de la sclérodermie en » plaques. »

Citons encore, à propos du diagnostic, les taches du vitiligo qui peuvent, dans un examen superficiel, être prises pour de la morphée. Nous ne parlerons pas davantage des formations qui surviennent dans certaines affections, telles que rhumatismes noueux, dactylie scrofuleuse et syphilitique, amyotrophies de diverses natures, etc.

A titre de curiosité, nous rapporterons aussi le cas suivant arrivé à Besnier. Appelé en consultation auprès d'un malade que l'on croyait atteint d'un cancer en cuirasse de la région thoracique, le savant dermatologiste porta le diagnostic de morphée en conseillant l'expectation. L'avenir lui donna raison, car le placard par lui examiné ne prit jamais d'allure maligne et n'exigea aucune intervention chirurgicale.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Tant que la nature de la maladie ne sera pas nettement déterminée, il sera bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'instituer un traitement rationnel et vraiment scientifique. Nous pouvons diviser le traitement de la morphée en deux grands paragraphes, le traitement interne et le traitement externe.

1° *Traitement interne.* — Wilson attribuait la morphée à une débilité acquise ou héréditaire de la nutrition : de là l'emploi des toniques, le quinquina, l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, l'arsenic, etc..., avec, comme adjuvant, des précautions hygiéniques communes : vie en plein air, exercice, nourriture substantielle et, en un mot, tout ce qui est capable de régulariser les fonctions digestives et excrétoires. Les partisans de la théorie de l'arthritisme conseillent les alcalins, le bicarbonate de soude, le carbonate et le benzoate de lithine, le salicylate de soude et surtout les iodures chez les sujets ayant de la tendance à l'artério-sclérose ou en présentant les symptômes. Les eaux minérales sulfureuses, surtout celles de Luchon, ont été employées ; d'après certains

auteurs elles seraient capables de produire de bons résultats. Ce qu'il faut surtout avoir en vue, c'est l'élément nerveux pour lequel nous conseillerons les bromures, les valérianates, la belladone, l'ergotine, la digitale, la quinine, l'hydrothérapie ; par exemple, les douches chaudes sur la colonne vertébrale, les bains électriques peuvent dans certains cas amener d'excellents résultats (Vidal).

On a employé aussi le nitrate d'argent, la noix vomique, la strychnine à l'intérieur. Aucun de ces médicaments ne semble exercer une influence bien grande sur la marche toujours lente de l'affection cutanée. Une excellente hygiène est en outre nécessaire. On devra surtout recommander de grandes précautions contre les refroidissements. Les malades devront porter des vêtements très chauds, de la flanelle, et s'exposer le moins possible aux variations de température.

2° *Traitement externe.* — Au point de vue local, les deux procédés qui nous semblent le plus rationnel sont le massage et l'électricité. L'électricité peut rendre de grands services alors que la plaque n'est pas encore arrivée à la période d'atrophie. Elle peut en effet modifier d'une façon heureuse la nutrition des téguments. Mais lorsque les plaques en sont à la période d'atrophie, que les éléments normaux sont modifiés dans leur constitution, il est bien difficile de leur rendre leur intégrité complète, et l'électrisation dans ce cas ne peut que bien difficilement réveiller la vitalité affaiblie des régions malades et amener des résultats favorables. On a employé la faradisation cutanée et les bains électriques (Vidal) dans le même but avec des résultats fort discutables. Wilson a également conseillé l'emploi de stimulants locaux, préparations de cantharides, liniments à l'aconit, au bichlorure de mercure, à l'iodure de soufre, etc. De la même façon, il employait les frictions savonneuses, la pommade à l'oxyde

de zinc. Lorsque les plaques développées dans certaines régions très mobiles, comme les commissures des lèvres ou les angles des paupières, occasionnent une gêne fonctionnelle, il peut être nécessaire de pratiquer des incisions pour débrider et faciliter les mouvements. Dans certains cas, les pulvérisations au chlorure de méthyle pourraient produire de bons résultats. On a conseillé aussi des pommades huileuses ou des onguents mercuriels qui dans certaines conditions auraient pu rendre de la souplesse aux téguments.

En résumé, nous pensons que le meilleur traitement d'une plaque de morphée est celui conseillé par Brocq et qu'il a formulé de la façon suivante : 1° à l'intérieur, iodure ou bromure de potassium, à la dose de 1 à 2 grammes. — 2° Séances d'électrolyse dans la plaque, deux fois par semaine, de manière à agir sur chaque point de la plaque tous les quinze ou vingt jours. Les courants employés varient de 8 à 15 milliampères et passent pendant un vingtaine de secondes à chaque piqûre. — 3° Applications constantes d'emplâtre de Vigo sur la plaque, sauf lorsque celle-ci étant enflammée est trop douloureuse à la suite d'électrolyse. Dans ce cas, on peut alors employer des cataplasmes jusqu'à apaisement des phénomènes inflammatoires pour revenir ensuite à l'emplâtre de Vigo.

Observation I (Personnelle)

Jean-Baptiste L..., vingt-cinq ans, terrassier sujet, piémontais, nous a été présenté au commencement de septembre par le docteur X.., médecin de la marine.

Cet individu paraît robuste et bien constitué, il réclame nos soins pour une affection cutanée, une sorte de plaque cicatricielle qu'il a observée

depuis quelque temps sur sa poitrine, dont il ne souffre pas, mais dont il craint l'origine syphilitique.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à l'âge de cinquante ans d'une affection aiguë consécutive à un refroidissement ; père bien portant, n'a jamais eu ni rhumatismes ni affection cutanée quelconque, du moins à la connaissance de notre malade. Un frère âgé de vingt ans, bien portant ; deux sœurs assez nerveuses.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie sérieuse, aucune fièvre éruptive, aucun symptôme de tuberculose, pas d'accidents syphilitiques. A eu plusieurs blennorragies toutes guéries sans complications, le malade en a gardé cependant une goutte chronique qui ne manque jamais le matin à son réveil. Mène une vie assez régulière, travaille toute la semaine, se livre parfois le dimanche à quelques excès alcooliques. Pas de troubles digestifs, pas de troubles circulatoires, aucun symptôme de lèpre, quelques soins que nous ayons mis à rechercher cette affection. Le sujet est nerveux et irritable, il s'emporte facilement, mais néanmoins n'a jamais ressenti de symptômes d'une névrose quelconque.

Nous avons retrouvé sur sa peau d'assez nombreuses cicatrices provenant de blessures diverses ; ces cicatrices étaient nettes, non saillantes, à peine visibles, nulle part elles n'avaient revêtu le caractère hypertrophique et kéloïdien.

Le malade a remarqué l'affection dont il se plaint maintenant, il y a à peine un an ; des amis avec lesquels ils se baignait un jour appelèrent son attention sur une plaque blanche, comme cicatricielle, qu'il présentait du côté droit de la surface thoracique. C'est alors seulement qu'il put se rendre compte de l'existence d'une plaque blanche et nacrée grande comme une pièce de un franc, non douloureuse et que jamais encore il n'avait soupçonnée. Depuis ce temps cette plaque s'est successivement accrue, ne s'accompagnant jamais dans son développement de démangeaisons, de picotements ou de troubles fonctionnels quelconques.

État actuel. — Au niveau du sixième espace intercostal droit, un peu au dessous et en dehors du mamelon, on trouve une plaque allongée qui mesure environ trois centimètres de longueur sur un centimètre et demi de largeur, sa forme est ovalaire, ses bords sont assez réguliers. Elle s'étend dans le sens des côtes elles-mêmes, occupe le milieu de l'espace, empiétant un peu cependant sur la côte supérieure. Sa surface est nette,

régulière, lisse, brillante et nacrée, ne s'accompagnant d'aucune desquamation, d'aucune sécrétion anormale, n'offrant ni croûtes ni papules. Elle est à peu près au même niveau que les tissus sains environnants et n'est séparée des téguments normaux que par une zone colorée de teinte un peu violacée et dans laquelle il nous semble bien reconnaître le *lilac ring* de Tilbury Fox. Le centre de la plaque est blanc et nacré comme ses autres points, à la palpation on sent nettement un épaississement assez considérable de la tache, elle a une consistance lardacée et ne présente pas encore la dureté que nous avons vu noter dans la plupart des cas observés. Cet épaississement n'occupe que la superficie des téguments qui sont absolument libres sur les tissus sous-jacents. Le doigt appliqué sur la plaque semble percevoir une diminution de température assez nette, mais cette nuance est trop difficile à saisir pour qu'il nous soit possible de l'affirmer et d'en faire un caractère précis de la morphée.

La sensibilité au niveau de cette tache est un peu altérée, le malade ne perçoit pas le passage léger du doigt, mais il ressent fort bien une pression plus profonde; à la piqûre d'épingle la différence est faible et la sensation douloureuse se produit avec la même rapidité et à peu près avec la même intensité, au niveau des tissus sains et au niveau des tissus sclé-reux.

A la surface de la plaque, nous n'avons pas observé d'ecchymose; à peine quelques petites vésicules un peu dilatées au centre et visibles à la loupe seulement. La vascularisation est d'ailleurs si peu développée que la coloration nacrée est uniforme en presque tous les points de la tache.

Les poils à la surface semblent aussi nombreux que dans les parties voisines, cependant il semble que leur arrachement se fasse plus facilement; leur bulbe aussi paraît atrophié.

A la loupe on distingue les orifices glandulaires, et le malade ne peut nous renseigner sur la façon dont s'effectuent les sécrétions; il n'a jamais observé de modifications dans l'apparition de la sueur à ce niveau. Notons que ce malade n'a jamais présenté de douleur, pas même de picotements ou de démangeaisons.

La vascularisation semble moins développée qu'ailleurs; une piqûre d'épingle est nettement ressentie, mais elle est suivie de l'émission d'une gouttelette sanguine à peine sensible parfois.

La température de la peau prise au niveau de la plaque à plusieurs reprises différentes, a toujours été inférieure de quelques dixièmes de degré à celle

de la peau saine. Celle-ci étant de 34°7, la température de la plaque fut de 34°4. Une seconde fois, peau saine, 34°4, plaque, 34°3.

On pratique une injection sous-cutanée de un centigramme de pilocarpine dans les parties avoisinant la plaque, au bout de trois à quatre minutes, les téguments sains se couvrent de fines gouttelettes de sueur que l'on peut recueillir avec un papier buvard; la plaque, elle, ne présente qu'un léger degré de moiteur.

Traitement. — Bromure de potassium, applications continues d'emplâtre de Vigo. Un mois après nous revoyons le malade, la plaque est restée stationnaire.

Observation II

(Communiquée par M. le professeur Dubreuilh)

Maurice N..., seize ans et demi, ouvrier charron, à Talence; examiné *le 25 juin 1893*.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, la mère a quarante-huit ans, le père cinquante-six. Un frère mort il y a un an, tuberculeux (24 ans), une sœur bien portante et mariée (27 ans), deux autres frères morts peu de temps après leur naissance. Oncles, tantes bien portants. Sauf ce frère mort tuberculeux, aucun accident de tuberculose dans la famille, pas d'affections nerveuses. Le père est très calme, la mère assez irritable.

Antécédents personnels. — Pas de maladie sérieuse, aucune fièvre éruptive. Aucun symptôme de tuberculose, pas de rhumatismes. N'a jamais eu de convulsions, aucune maladie nerveuse. La sensibilité est normale partout. Les réflexes sont normaux, le réflexe pharyngien semble diminué.

Aucune éruption cutanée, seulement quelques furoncles, il y a plusieurs années, qui ont laissé des cicatrices un peu nacrées parfaitement souples, n'ayant nulle part le caractère kéloïdien.

Le malade ne sait préciser le début de son affection, cinq à six mois, dit-il; il a remarqué, d'abord, une petite tache située en arrière de l'espace parotidien droit au-dessous de l'apophyse mastoïde, grande comme une pièce de

un franc. La peau décolorée à son niveau est souple ; pas de prurit, pas de douleurs. Cette tache s'est peu à peu agrandie, elle s'est indurée et, toujours sans douleurs ni prurit, elle a pris les caractères et les dimensions qu'elle présente actuellement.

Dans l'espace parotidien droit, à un centimètre de la branche montante du maxillaire, commence une tache blanche qui s'étend en arrière, au niveau et dans le sens du sterno-mastoïdien ; sa largeur est de un centimètre et demi à deux centimètres ; en hauteur, elle mesure trois centimètres environ, commençant à un centimètre et demi de l'angle de la mâchoire et empiétant un peu en haut sur l'apophyse mastoïde. En arrière son bord est formé par une ligne à peu près verticale, en avant par une ligne à convexité antérieure qui vient rejoindre les extrémités de la première. Ces bords sont assez nets, la peau saine devenant progressivement moins formée à leur niveau.

Dans cette plaque on peut distinguer deux zones différentes : une zone centrale plus dure, divisée en deux noyaux et une partie périphérique plus souple. Ces parties dures sont légèrement saillantes, d'une dureté fibreuse à la palpation, du reste mal limitées, de sorte que leurs bords se perdent dans les parties souples de la peau décolorée. La peau à leur niveau est blanche, achromateuse et sans aspect atrophique ; elle est plus lisse en même temps, moins souple que les parties saines, présente un aspect nacré, mais on y peut retrouver les orifices folliculaires ainsi que les plis normaux quoique un peu étalés. A la partie supérieure, cette plaque se prolonge jusque dans le repli rétro-auriculaire et le pavillon avec un aspect très légèrement décoloré et surtout lisse et nacré. Cette partie supérieure de la plaque est assez mal limitée, tandis que la partie inférieure est au contraire très nettement circonscrite. A la surface de la plaque, on ne distingue pas de dilatations veineuses, la bordure ne présente pas de liséré violet, pas d'hyperchromie quoique le tégument d'une façon générale soit assez fortement pigmenté.

Très légère diminution de la sensibilité au niveau des plaques dures.

Bromure de potassium .....
Iodure de potassium ..... } ââ 1 gr. par jour

Le 27 septembre *statu quo*. Le liséré violet qui était à peine marqué, est actuellement plus apparent.

CONCLUSIONS

En résumé :

La morphée est une sclérodermatose qui, par ses caractères spéciaux d'induration, de coloration, par le liséré violacé qui entoure ses placards, par sa localisation à la superficie des téguments et en certains points seulement de leur surface, doit être considérée comme une affection spéciale bien distincte de la sclérodermie.

Son étude anatomo-pathologique encore incomplète, il est vrai, ses caractères cliniques nous font admettre son origine nerveuse et la possibilité de lésions trophiques de la peau.

Son évolution essentiellement chronique n'en assombrit pas cependant le pronostic, la maladie peut ne pas disparaître, mais son développement est rarement suffisant pour gêner ceux qui en sont atteints et amener des troubles fonctionnels.

Quant à son traitement, il est encore des plus indécis, la nature de l'affection est encore trop mal connue pour qu'il soit possible de diriger une action thérapeutique dans un sens rationnel et bien déterminé.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr A. LAYET.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 novembre 1893.
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ball. — Art. sclérodermie, *dict. encycl. des sc. médic.*

Barthélemy. — Note sur un cas de sclérodermatose partielle, *ann. de dermat. et syph.* — Paris, 1881.

Bazin. — Art. chéloïde, *dict. encycl. des sc. médic.*

— Art. morphée, *dict. encycl. des sc. médic.*

— Art. dermatose, *dict. encycl. des sc. médic.*

Besnier. — Obs. pour servir à l'histoire des dermatosclérose, *ann. de dermat. et syph.* — 1880.

Brault. — Obs. de sclérodermie en plaques, *ann. de dermat. et syph.* — 1891.

Brocq. — *Traitement des maladies de la peau.*

Duhring. — Morphée, *ann. dermat. et syph.* — 1893.

Fournier. — Sclérodermie en plaques du cuir chevelu, *ann. dermat. et syph.* — 1888.

Kaposi. — *Traité des maladies de la peau.*

Leloir. — Thèse de Paris, 1882.

Leroy. — Thèse d'agrégation, 1883.

Letulle. — Art. sclérodermie, *dict. de méd. et de chir. prat.*

Maritoux. — Thèse de Paris, 1885.

Pautry. — Thèse de Paris, 1883.

Higgbem et Netleship. — Cas de morphée. *Lancet*, 19 mai 1883. — *Annales de dermatologie*, 1884.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 9

Chapitre I. Historique 11

— II. Symptomatologie 17

— III. Évolution 27

— IV. Étiologie 31

— V. Anatomie pathologique 35

— VI. Pathogénie 39

— VII. Pronostic 43

— VIII. Diagnostic 45

— IX. Traitement 49

Observations 57

Conclusions 59

Bordeaux. — Imp. du Midi, 91, rue Porte-Dijeaux.